

Miten vuorovaikutustaitoja opetetaan lääketieteen opiskelijoille?

Kari Hevossaari

TeM, LK

Clinicum

Helsinki 4.5.2020

Tutkielma

kari.hevossaari@helsinki.fi

Ohjaaja: Otto Helve, dosentti, Helsingin yliopisto

HELSINGIN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

HELSINGIN YLIOPISTO – HELSINGFORS UNIVERSITET

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Lääketieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Clinicum	
Tekijä – Författare – Author Kari Hevossaari			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Miten vuorovaikutustaitoja opetetaan lääketieteen opiskelijoille?			
Oppiaine – Läroämne – Subject Lääketiede			
Työn laji – Arbetets art – Level Syventävä tutkielma	Aika – Datum – Month and year 4.5.2020	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 32 + 1	
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>Lääkärin hyvät vuorovaikutustaidot hyödyttävät sekä potilasta että lääkäriä itseään. Ne ovat samanarvoiset kliinisten kädentaitojen ja lääketieteellisen tiedon kanssa. H y v ä t vuorovaikutustaidot omaavien lääkärin potilaat saavat parempaa hoitoa ja lisäksi nämä lääkärit voivat itsekkin paremmin.</p> <p>Muutos asenteissa vuorovaikutustaitoja kohtaan on viimeisten vuosikymmenien aikana ollut suuri. Niistä on tullut osa niitä perustaitoja, joita valmistuvien lääkärin oletetaan hallitsevan. Samanaikaisesti vuorovaikutustaitojen opetusta osana lääkärin peruskoulutusta on kehitetty ja lisätty. Vuorovaikutustaitojen opetusta on mahdollista purkaa eri osa-alueisiin, mutta mikään yksittäinen opetusmenetelmä ei ole osoittautunut ylivoimaiseksi. Tärkeintä on tarkoin suunniteltu, järjestelmällinen ja monipuolinen koulutus, joka alkaa lääketieteen opintojen alussa ja jatkuu valmistumiseen asti. Opetuksen tulisi koskettaa kaikkia lääketieteen erikoisaloja ja opitut taidot on tärkeää kyetä integroimaan osaksi oikeita kliinisiä potilaskontakteja. Opiskelijoiden edistymistä täytyy seurata opintojen aikana, antaa heille palautetta ja tarjota heille mahdollisuuksia keskustella oppimastaan. Opiskelijat suhtautuvat vuorovaikutuskoulutukseen pääosin myönteisesti. Opettajien omien vuorovaikutustaitojen tulee olla hyvät ja heidän asenteensa näiden taitojen oppimista kannustavaa.</p> <p>Vuorovaikutuskoulutuksen eri menetelmien ja niiden tehon tutkiminen on tärkeää. Tutkimuksesta saatavaa tietoa tulee aktiivisesti levittää niin opiskelijoille kuin opettajillekin. Vuorovaikutuskoulutusta tulee säännöllisesti päivittää, koska yhteiskunta, yleinen arvomaailma sekä käyttäytymisnormit lääkärin ympärillä ovat jatkuvassa muutoksessa.</p> <p>(181 sanaa)</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Communication skills; Communication; Undergraduate medical education; Curriculum development; Skills; Training			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto - Helda			

1 Johdanto	1
2 Tutkimuksen tavoite	3
3 Aineisto ja menetelmät.....	4
4 Tulokset	6
4.1 Vuorovaikutustaitojen opetuksen historiaa osana lääketieteen perusopetusta	6
4.2 Lääkäri-potilas vuorovaikutussuhteesta	13
4.3 Vuorovaikutustaitojen opetuksesta osana lääketieteen perusopetusta	15
4.4 Vuorovaikutustaitojen opetuksen haasteita	20
4.5 Opiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutusopetuksesta	23
5 Tutkimuksen mahdolliset heikkoudet	25
6 Pohdinta	26
Lähdeluettelo.....	30

1 Johdanto

Lääkäriin ammatti on tuhansia vuosia vanha. Antiikin ajoista asti kokeneet lääkärit ovat painottaneet potilas-lääkäri vuorovaikutussuhteen tärkeyttä. Hippokrateen sanoin: *”Potilas, vaikka tietäisikin tilansa olevan huono, saattaa parantua pelkästään sen avulla että nauttii lääkäriinsä hyvyydestä.”* Potilaan tarkka anamneesi on keskeinen osa kliinistä arviointia ja tuloksellista hoitoa. Tarkan anamneesin saaminen edellyttää lääkäriltä yhtä paljon ammattitaitoa kuin fyysinen tutkimuskin. Lisäksi se vaatii luottamukseen perustuvan vuorovaikutuksellisen yhteyden rakentumista tutkijan ja tutkittavan välille. (1,2)

Lääkäriin hyvät vuorovaikutustaidot hyödyttävät sekä potilasta että lääkäriä itseään (Taulukko 1). Ne lisäävät potilaiden sitoutumista ja tyytyväisyyttä hoitoonsa, heidän vaivansa tulevat paremmin ja nopeammin ymmärretyiksi, he tarvitsevat vähemmän terveydenhuollon palveluja ja heidän kokemansa hätä pienenee. Lääkärien oma hyvinvointi sekä työssä viihtyminen lisääntyy ja heidän kokemansa työperäinen stressi vähenee. (3-6)

Taulukko 1.

5 keskeistä hyötyä siitä että lääkäriillä on hyvät vuorovaikutustaidot (3)

Hän tunnistaa potilaan vaivat paremmin ja tarkemmin
Potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa ja ymmärtävät paremmin vaivansa sekä niihin liittyvät tutkimukset ja hoidot
Potilaat pitäytyvät todennäköisemmin hoitosuunnitelmassaan ja tekevät tarvittavat elintapamuutokset
Potilaiden huoli, ahdistuneisuus ja masentuneisuus vähentyvät
Lääkäriin oma hyvinvointi kasvaa

Vuorovaikutustaitojen opetuksen tietoinen sisällyttäminen osaksi lääketieteen perusopetusta alkoi noin 50 vuotta sitten. Seuraavina vuosikymmeninä julkaistiin lukuisia kansallisia ja kansainvälisiä julkilausumia vuorovaikutustaitojen merkityksestä osana lääketieteen opetusta. Näissä vahvistettiin lääkäri-potilas-suhteen merkitys hoidon laadussa, korostettiin järjestelmällisen vuorovaikutuskoulutuksen tärkeyttä osana lääkärin koulutusta ja todettiin että opetuksella on mahdollista kehittää opiskelijoiden asenteita sekä vuorovaikutustaitoja. (2,7)

Tätä kirjoitettaessa vuorovaikutustaitoja opetetaan suurimmassa osassa lääketieteellisiä tiedekuntia. Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa vuorovaikutustaitojen opetus aloitetaan prekliinisessä vaiheessa ja sitä jatketaan kliinisessä vaiheessa (O. Helve, suullinen tiedonanto).

Tärkein syy vuorovaikutustaitojen koulutukselle on potilaiden henki ja terveys (2).

2 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoite on kartoittaa ja esitellä vuorovaikutustaitojen opetusta ja sen historiaa osana lääketieteen perusopetusta.

Tutkimuksesta on käytännön hyötyä seuraaville ryhmille seuraavilla tavoilla:

- lääketieteen opettajille mahdollisuus lisätä ymmärrystä vuorovaikutustaitojen merkityksestä osana lääketieteen perusopetusta, arvioida omaa opetustaan ja mahdollisuuksia sisällyttää siihen vuorovaikutustaitojen opetusta.
- lääketieteen opiskelijoille mahdollisuus sisäistää vuorovaikutustaitojen merkitys ja keskeisyys tulevan ammatinharjoittamisen kannalta.
- ammatissa toimiville lääkäreille muistutus tai havahtuminen siihen että hyvätkin vuorovaikutustaidot on mahdollista unohtaa, mikäli niitä ei aktiivisesti ylläpidetä.
- opetussuunnitelman laatijoille ja vuorovaikutusopetuksen kehittäjille haaste pohtia, olisiko koulutusta mahdollista kehittää paremmaksi ja vaikuttavammaksi.
- potilaille käsitys siitä, mitä heillä tulisi olla oikeus odottaa hoitavalta lääkäriltään suhteessa vuorovaikutustaitoihin.

3 Aineisto ja menetelmät

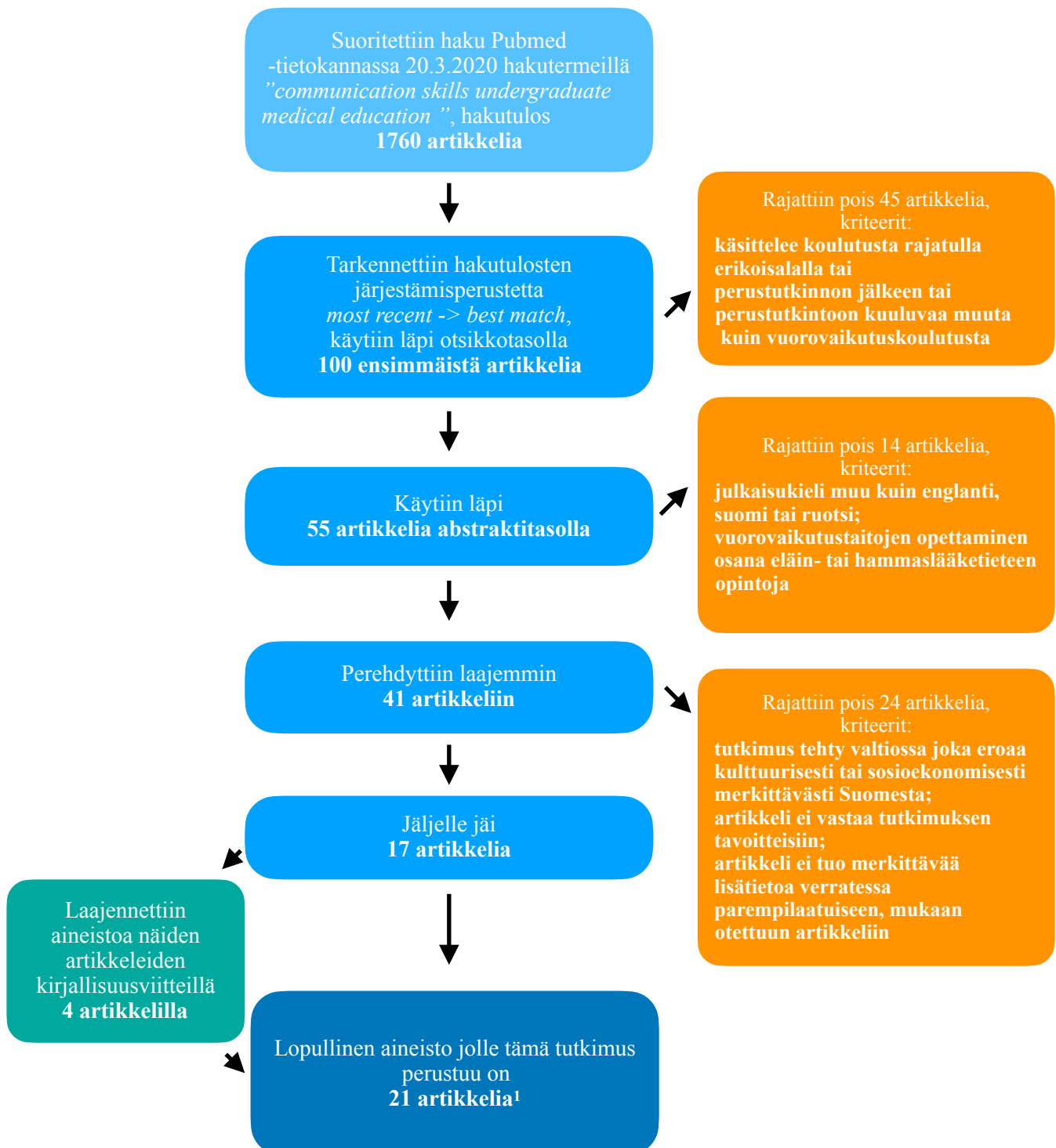
Aineisto on muodostettu Pubmed -tietokannassa suoritettun haun perusteella. Kyseessä on tärkein kansainvälinen, biolääketieteellinen viitetietokanta. Aihealueesta on kirjoitettu lukuisia artikkeleita, tämän tutkimuksen hakutermeillä saatiin 1760 osumaa. Pubmed -tietokanta tarjoaa mahdollisuuden hakutulosten järjestämiseen *best match* -toiminnolla; algoritmi perustuu koneoppimiseen ja on käyttökelpoinen silloin kun halutaan löytää aihealueen keskeiset artikkelit (8). Syventävien opintojen tehtävänannon rajauksista johtuen päädyttiin käyttämään toimintoa, luottaen algoritmin tehokkuuteen. Aineiston muodostaminen kuvataan tarkemmin vuokaaviossa (Kuva 1).

Tutkimusaineiston muodostavat 21 artikkelia jaettiin tulosten osalta 5 osa-alueeseen. Nämä osa-alueet rakentuivat niille teemoille jotka nousivat tutkimusaineistoa muodostettaessa esiin. Jaottelun tarkoituksena on helpottaa tulosten esittämistä ja niiden ymmärtämistä. Artikkeleista 6 esiintyy kahdessa eri osa-alueessa. Osa-alueet ja niihin kuuluvat artikkelit sekä ryhmittelyperusteet esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Tutkimusaineiston jako aihealueisiin

Osa-alueen otsikko:	Millä perusteella artikkelit valittiin tähän ryhmään?	Osa-alueen artikkeleiden lukumäärä:	Osa-alueen artikkeleiden viitenumerot:
Vuorovaikutustaitojen opetuksen historiaa osana lääketieteen perusopetusta	- <i>Artikkeli käsittelee tai esittelee vuorovaikutustaitojen opetuksen historiaa</i>	6	1, 9-13
L ä ä k ä r i - p o t i l a s vuorovaikutussuhteesta	- <i>Artikkeli esittelee mistä tekijöistä lääkäri-potilas vuorovaikutussuhde rakentuu</i>	2	3,14
Vuorovaikutustaitojen opetuksesta osana lääketieteen perusopetusta	- <i>Artikkeli esittelee menetelmän tai menetelmiä, joilla vuorovaikutustaitoja opetetaan lääketieteen perusopetuksessa</i>	13	2, 3, 5, 6, 10, 12-19
Vuorovaikutustaitojen opetuksen haasteita	- <i>Artikkeli keskittyy ongelmakohtiin joita on ilmennyt vuorovaikutustaitojen opetuksessa</i>	3	2, 4, 20
Opiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutusopetuksesta	- <i>Artikkeli käsittelee opiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutusopetuksesta</i>	3	15, 21, 22

Kuva 1. Aineiston muodostaminen



¹ Lisäksi 1 viite (8) joka esittelee Pubmed -tietokantaa

4 Tulokset

Aineiston tulokset on jaettu 5 osa-alueeseen, jotka esitellään seuraavien alaotsikoiden alla.

4.1 Vuorovaikutustaitojen opetuksen historiaa osana lääketieteen perusopetusta

Ison-Britannian esimerkki havainnollistaa kehitystä lääkärin vuorovaikutustaitojen opetuksessa viimeisen 50 vuoden aikana. Lisäksi se auttaa hahmottamaan muutosta asennoitumisessa vuorovaikutustaitoihin osana lääkärin perusosaamista.

1970-luvun tutkimusten perusteella maassa havahduttiin siihen, että nuorten lääkärin vuorovaikutustaidot olivat varsin puutteelliset. Tämän havainnon seurauksena lääketieteen perusopinnot alettiin sisällyttää vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitojen opetusta, esimerkiksi potilaan haastatteluharjoitusten kautta. Kuitenkaan selkeää eroa vuorovaikutustaitojen ja kliinisten taitojen opetuksen välillä ei tässä vaiheessa ollut vielä tehty. Myös yksimielisyys siitä millä tavoin ja milloin vuorovaikutustaitojen opetus tulisi sisällyttää osaksi lääketieteen perusopetusta puuttui. (1,9)

1980-luvulta lähtien paine parantaa lääkäri-potilas vuorovaikutusuhdetta lisääntyi Isossa-Britanniassa niin suuren yleisön kuin ammattikunnankin puolelta.

Tuon ajan tutkimusten perusteella potilaiden tyytymättömyys lääkäreitä kohtaan koski empatian puutetta ja huonoa kykyä välittää tietoa. (1)

Paikallinen lääkäreitä valvova elin, General Medical Council (GMC), puolestaan painotti tarvetta parantaa vuorovaikutustaitojen opetusta osana lääkäreiden perusopintoja vuoden 1987 raportissaan. (1)

Seuraavan noin 20 vuoden aikana suhtautuminen vuorovaikutustaitoihin osana valmistuvan lääkärin ammattitaitoa muuttui. Jos niihin vielä 1990-luvun alussa suhtauduttiin ”kivoina lisätaitoina”, vuonna 2008 ne olivat ”täytyy osata -taitoja”.

Yhteiskunnalliset muutokset osaltaan lisäsivät tarvetta lääkärin paremmille vuorovaikutustaidoille. National Health Service (NHS) vastaa Ison-Britannian julkisen terveydenhuollon järjestämisestä. Margaret Thatcherin konservatiivihallituksen ja sen seuraajien ns. uusliberalistinen politiikka johti NHS:n uudelleenjärjestelyihin sekä lääketieteellisten tiedekuntien autonomian vähenemiseen. Samanaikaisesti potilaan asema muuttui passiivisesta palveluiden vastaanottajasta enemmän asiakkaaksi tai kuluttajaksi. Tämä uusi potilas-asiakas alkoi arvioida terveydenhuoltoa samoilla kriteereillä kuin muitakin palveluita ja vaatimaan enemmän. Lisäksi Internetin laaja käyttöönotto saattoi kaikkien ulottuville tiedon joka oli aiemmin ollut vain lääkäreiden hallussa. Tämä osaltaan vähensi potilaiden riippuvuutta lääkäreistä tiedonlähteenä ja muutti potilas-lääkärisuhdetta tasa-arvoisempaan sekä keskustelelevampaan suuntaan. (10)

Reaktion ajan henkeen GMC julkaisi vuonna 1993 ohjelehtisen *Tomorrow's Doctors*, joka sisälsi suosituksen lääketieteen perusopetuksen keskeisestä sisällöstä. Kyseinen julkaisu määritteli myös ne vuorovaikutustaidot jotka valmistuvien lääkärin tulisi hallita (Taulukko 3), ja siitä on myöhemmin julkaistu uusia, päivitettyjä versioita. Tätä ennen lääkärin koulutuksessa oli keskitytty tieteellisen tiedon opettamiseen ja käytännön taidot opittu klinikassa ”mestari ja kisälli”-tyyppisesti tai muiden työtä seuraamalla. Julkaisulla oli olennainen vaikutus siihen että vuonna 2008 vuorovaikutustaidoista oli tullut ydinosaamista valtaosassa Ison-Britannian lääketieteellisiä tiedekuntia. (10,11)

Taulukko 3.

Valmistuvan lääkärin tulisi Isossa-Britanniassa hallita seuraavat vuorovaikutustaidot General Medical Councilin vuoden 1993 *Tomorrow's Doctors* -suosituksen mukaan.

(Kyseistä paperijulkaisua ei ole enää saatavilla, luettelo viitteen (10) perusteella joka siteeraa kyseistä julkaisua)

Kyetä kommunikoimaan potilaiden kanssa joilla on sensorinen vajavuus
Kyetä kommunikoimaan yksilöiden kanssa riippumatta näiden sosiaalisesta, kulttuurisesta tai etnisestä taustasta tai vammaisuudesta
Kyetä kommunikoimaan niiden yksilöiden kanssa joiden äidinkieli ei ole englanti, mukaanlukien työskentely tulkkien avustuksella
Kyetä kommunikoimaan eri tavoilla, mukaanlukien puhuttu, kirjoitettu ja elektroninen viestintä
Kyetä kertomaan huonoja uutisia, toimimaan vaikeiden ja väkivaltaisten potilaiden kanssa sekä kommunikoimaan mieleltään sairaiden tai fyysisesti kehitysvammaisten ihmisten kanssa
Auttaa haavoittuvassa asemassa olevia ihmisiä

Vuonna 2008 kaikki valtion 33 lääketieteellistä tiedekuntaa antoivat yhteisen julkilausuman vuorovaikutustaitojen opettamisesta Isossa-Britanniassa. Tämän tarkoituksena oli avustaa opetussuunnitelman laatijoita sisällyttämään vuorovaikutustaitojen opetus ja arviointi osaksi lääketieteen perusopetusta. Vaikka suositus oli laadittu paikallisiin olosuhteisiin, kirjoittajat arvioivat sen olevan sovellettavissa lääketieteellisissä tiedekunnissa ympäri maailmaa. (12)

Julkilausuma pyrki jakamaan vuorovaikutuksen osa-alueisiin.

Näin lääketieteellisten tiedekuntien olisi helpompi arvioida mitkä vuorovaikutuksen osa-alueet on katettu opetussuunnitelmassa ja minkä osa-alueiden opetukseen tulisi panostaa lisää. Tämä jako kuvataan Taulukossa 4.

Taulukko 4.**Vuorovaikutustaitojen osa-alueet ja niiden kuvaukset vuoden 2008**

UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education -julkilausuman mukaan (12)

Muiden kunnioittaminen

Vuorovaikutustaitojen perusta

Vuorovaikutustaitojen teoria ja tutkimusnäyttö

Opiskelijoiden tulee ymmärtää että:

- vuorovaikutustaitojen merkitys hoitotulokseen nojaa vahvaan tieteelliseen näyttöön
- vuorovaikutustaidot ovat yhtä tärkeitä hyvän hoidon kannalta kuin teoreettinen lääketieteellinen osaaminen ja kliiniset kädentaidot

Kliinisen vuorovaikutuksen taidot

Lukuisia omia osa-alueitaan, mm:

- asioita joiden tulisi tapahtua lääkäri-potilas vuorovaikutuksessa kuten
- luottamussuhteen rakentaminen
- tiedon siirtyminen molempiin suuntiin
- potilaan tarpeiden ymmärtäminen
- jne.

sekä vuorovaikutuksen perustaitoja kuten

- katsekontakti
- aktiivinen kuuntelu
- empatian ilmaiseminen
- jne.

Erityiset taidot

Lukuisia omia osa-alueitaan, mm:

- potilaan ikä
- potilaan kulttuuri
- tunteiden kohtaaminen ja käsitteleminen
- epävarmuuden sietäminen
- jne.

Media

Kasvokkain tapahtuvan kommunikoinnin lisäksi erilaisten apuvälineiden kautta tapahtuvan kommunikoinnin keinot kuten puhelin ja kirjoittaminen

Vuorovaikutus potilaan sidosryhmiin

Vuorovaikutus potilaan omaisten, edunvalvojien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa

Keskeisenä elementtinä julkilausumassa oli sisäkkäisistä kehistä koostuva ”vuorovaikutus-opetussuunnitelman pyörä”¹. Tämän oli tarkoitus auttaa opetussuunnitelman laatijoita hahmottamaan lukuisat eri tavat joilla vuorovaikutustaitoja voidaan opettaa. Tärkeänä pidettiin että opiskelijat kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa saivat opetusta kaikilla vuorovaikutuksen osa-alueilla. Julkilausuma pyrki kuitenkin välttämään liian tiukkoja ja sitovia sääntöjä, jättäen tilaa paikalliselle soveltamiselle ja uusien metodien löytämiselle. (12)

Vuonna 2018 julkaistiin päivitetty versio samasta julkilausumasta. Tälläkin kertaa sen takana olivat kaikki Ison-Britannian lääketieteelliset tiedekunnat. Siinä todettiin että vuorovaikutustaitojen opetuksesta on tullut 1990-luvun jälkeen yksi lääketieteen perusopetuksen peruskomponenteista, niin Isossa-Britanniassa kuin lisääntyvissä määrin myös muualla maailmassa. Julkilausumassa todettiin myös että vuorovaikutusopetusta täytyy muuttaa aikojen kuluessa. Yhteiskunta terveydenhuollon ympärillä on jatkuvassa muutoksessa ja kansalaisten odotukset siitä, miten lääkäri vuorovaikuttaa heidän kanssaan, kehittyvät. Esimerkiksi tiedon välittäminen potilaalle tämän terveydentilasta, sairauksista ja niiden hoidosta oli muuttunut. Korkeimman oikeuden erästä potilastapausta koskeva päätös johti konkreettiseen muutokseen. Kyseessä oli raskausdiabetesta sairastanut potilas ja se miten hänelle oli kerrottu erilaisten synnytystapojen hyödyistä sekä haitoista. Jos aiemmin tietoa välitettiin sen mukaan ”mitä järkevä lääkäri haluaa kertoa”² sitä tuli päätöksen jälkeen välittää sen perusteella ”mitä järkevä potilas haluaa tietää”³. (13)

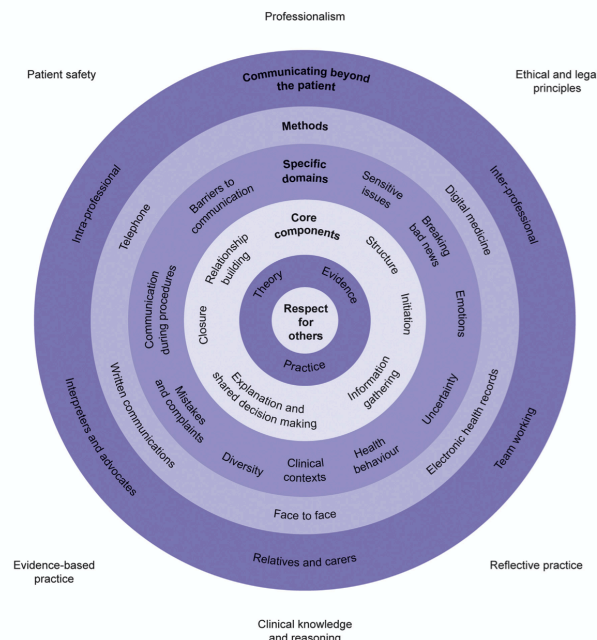
Aiemmin radikaalilta tuntunut ajatus siitä, että sekä potilas että lääkäri ovat asiantuntijoita omilla osa-alueillaan, oli toiminut tienraivaajana potilaan kanssa yhteisymmärryksessä tehdyille hoitopäätöksille. Ison-Britannian hallitus julkaisi vuonna 2010 ilmoituksen koskien yhteistä päätöksentekoa terveydenhuollossa. Sen keskeisen sisällön voi tiivistää lauseeseen ”ei päätöksiä minusta ilman minua”. (13)

¹ ”communication curriculum wheel”; ² ”reasonable doctor wants to say”; ³ ”reasonable patient wants to know”

Myös keskeinen termistö oli ollut muospaineen alla. Potilaskeskeinen oli muuttumassa henkilökeskeiseksi. Lääketieteen opetuksessa oli alettu korvaamaan ilmaisia ”anna potilaan puhua” tai ”kuinka selvittää tunteikkaan potilaan kanssa”, esimerkiksi ilmaisuilla ”vastataan potilaan tunteisiin” tai ”mahdollistetaan potilaan osallistuminen”. Huolimatta siitä että vuorovaikutuksen perustekijöiden koulutukseen oli panostettu, niihin liittyviä valituksia tuli potilailta edelleen. Tyypiesimerkkejä olivat:

- lääkäri ei esitellyt itseään tai katsonut potilaaseen päin kertoessaan ikäviä uutisia
- lääkäri keskusteli potilaasta kuin tämä ei olisi ollut läsnä
- lääkäri oli huono viestimään ja osoitti kunnioituksen puutetta

Myös kymmenen vuotta aiemmin esiteltyä ”vuorovaikutuspyörää” (Kuva 2) oli tässä julkilausumassa kehitelty eteenpäin. Pyörässä oli edelleen yhtä monta kehää, mutta osa-alueita kehien sisällä oli tarkennettu ja ajanmukaistettu edellä mainittujen periaatteiden mukaisesti. Lisäksi mukana oli uutena taulukko (Taulukko 5) siitä, mitä potilaat odottavat vuorovaikutukseltaan lääkärin kanssa. (13)



Kuva 2. Communication curriculum wheel vuoden 2018 *Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education* -julkilausuman mukaan (13)

Taulukko 5.

Mitä potilaat toivovat vuorovaikutukselta lääkärin kanssa, vuoden 2018

Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education -julkilausuman mukaan (13)

Tervehti minua tavalla joka sai minut tuntemaan oloni hyväksi
Kohteli minua kunnioittavasti
Osoitti mielenkiintoa ajatuksilleni jotka koskivat omaa terveyttäni
Ymmärsi keskeiset huoleni koskien terveydentilaani
Osoitti minulle huomiota (katsoi minua, kuunteli tarkkaavaisesti)
Antoi minun puhua keskeyttämättä
Antoi minulle niin paljon tietoa kun tahdoin kuulla
Puhui minulle käyttäen käsitteitä jotka ymmärsin
Tarkisti että ymmärsin kaiken mitä hän oli kertonut
Rohkaisi minua kysymään
Otti minut mukaan päätöksentekoon siinä määrin kuin halusin
Keskusteli kanssani jatkosta, mukaan lukien suunnitelman teko
Osoitti huolenpitoa ja välittämistä
Käytti kanssani riittävästi aikaa

4.2 Lääkäri-potilas vuorovaikutussuhteesta

Lääkärin ja potilaan toimiva vuorovaikutus on hyvän hoidon edellytys. Lääkäri-potilas vuorovaikutussuhteen keskeiset tekijät lääkärin kannalta on koottu Taulukkoon 6.

Taulukko 6.

Lääkäri-potilas vuorovaikutuksen keskeiset tekijät lääkärin kannalta (3)

Lääkärin tulisi ymmärtää

- potilaan keskeiset vaivat
- potilaan oma käsitys näistä
- potilaan vaivojen fysiologinen, emotionaalinen ja sosiaalinen vaikutus potilaaseen sekä hänen perheeseensä

Lääkärin tulisi kertoa

potilaalle se minkä potilas haluaa tietää, mukauttaen tämän potilaan kykyyn ymmärtää tietoa

Lääkärin tulisi ymmärtää

että annettu tieto aiheuttaa potilaassa tunnereaktioita ja kysymyksiä ja huomioida ne

Lääkärin tulisi määrittää

kuinka paljon potilas haluaa itse osallistua päätöksentekoon silloin kun on hoitovaihtoehtoja

Lääkärin tulisi keskustella

hoitovaihtoehtoista siten että potilas ymmärtää käyttöaiheet, hyödyt ja haitat

Lääkärin tulisi tehdä

parhaansa sen eteen että potilas noudattaa tehtyjä hoitopäätöksiä ja neuvoja elintapojen muutoksista

Sanaton viestintä on tärkeä osa vuorovaikutusta. Joidenkin tutkimusten mukaan 60-90 % ihmisten välisestä viestinnästä tapahtuu sanattomasti. Sanaton vuorovaikutus rakentuu muun muassa katseen suunnasta, kehonkielestä, kasvonilmeistä, fyysisestä etäisyydestä ja kosketuksesta. Sanaton viestintä on tärkeä tapa viestiä tunteita ja myötätuntoa. (14)

Seuraavaksi luetellaan keinoja jotka auttavat hyvän lääkäri-potilassuhteen muodostumista, viitteen (3) *Key communication skills and how to acquire them* mukaan:

- katsekontakti vastaanoton alussa ja säännöllisin väliajoin sen jatkuessa.
- ”aktiivinen kuuntelu” jossa huomioimalla potilaan pienet vihjeet ja reagoimalla niihin rohkaistaan potilasta kertomaan lisää. On tärkeää, että potilasta ei keskeytetä silloin kun hän kertoo jotain merkityksellistä.
- potilaan kertoman tiivistäminen kertoo potilaalle että häntä on kuultu ja antaa hänelle mahdollisuuden korjata mahdolliset väärinkäsitykset.
- potilaan ja hänen läheistensä mielialasta tiedustelu kertoo, että lääkäri on kiinnostunut heidän kokonaishyvinvoinnistaan.
- kun lääkäri välittää tietoa, hänen tulisi myös selvittää se mitä potilas itse ajattelee vaivastaan, miten hän itse ymmärtää sen. Potilaalta tulisi kysyä mitä tietoa hän haluaa saada ja keskittyä siihen, jos vastaanottoaikaa on käytössä vain vähän.
- annetun tiedon jakaminen osa-alueisiin helpottaa sen ymmärtämistä. On tärkeää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt kuulemansa.
- joskus on tarpeen antaa tietoa myös kirjallisesti tai muiden tallennusvälineiden kautta.
- potilaat noudattavat sovittua hoitosuunnitelmaa paremmin jos he ovat olleet vaikuttamassa siihen. Tämän takia on tärkeää tiedustella potilaan halukkuutta osallistua päätöksentekoon.
- ennen elintapaneuvontaa on syytä kuunnella potilaan omia mielipiteitä elintavoistaan.
- empatian osoittaminen ja myötätunnon näyttäminen kertovat potilaalle että lääkäri ymmärtää potilaan tunteuksia.
- joskus voi olla tarpeen sanoittaa asioita, esimerkiksi ”kaikki se mitä olet joutunut läpikäymään äitisi sairauden aikana kuulostaa musertavalta”.
- myös sivistyneet arvaukset voivat joskus olla tarpeen: ”Sanot voivasi hyvin mutta minusta tuntuu että hoidon jatkaminen ei ole sinulle helppoa.” Vaikka tällainen arvaus ei olisi oikea, potilaalle välittyy käsitys siitä että lääkäri yrittää ymmärtää häntä.

4.3 Vuorovaikutustaitojen opetuksesta osana lääketieteen perusopetusta

Hyvät vuorovaikutustaidot ovat osa lääkärin perusosaamista, tasaveroiset kliinisten kädentaitojen ja lääketieteellisen tiedon kanssa (10,13,15). Yhtä ainutta oikeaa tapaa vuorovaikutustaitojen opettamiseen osana lääketieteen perusopetusta ei ole.

Vuorovaikutus on mahdollista purkaa pienempiin osa-alueisiin. Varsin pitkälle tässä menee paljon käytetty Calgary-Cambridge Guide, joka jakaa potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutustilanteen 71 kohtaan tarkistuslistan omaisesti. Vaikka näin tarkkaan jakoon ei mentäisikään, on kuitenkin tärkeää huolehtia siitä että lääketieteen opiskelijat saavat opetusta kaikilla vuorovaikutuksen osa-alueilla. Käytännön toteutukseen on erilaisia keinoja ja opetuksen säännöllinen uudistaminen on perusteltua. (12,13,16)

On tärkeää, että opiskelijat ymmärtävät vuorovaikutustaitojen merkityksen hyvälle lääkäri-potilassuhteelle ja hoitotulokselle. Tutkimusnäytön ja tulosten esittely tukee tämän saavuttamisessa. Yleisten vuorovaikutuksellisten puutteiden ja ”sudenkuoppien” esittely sekä asenneilmapiirin muutoksen näkyväksi tekeminen on tarpeellista oppimisen kannalta. Vuorovaikutustaitojen eri osa-alueista tulisi kertoa. Tämä on mahdollista esimerkiksi lyhyiden luentomuotoisten interventioiden tai itseopiskelumateriaalin kautta. (3)

Vuorovaikutuksen keskeisiä taitoja voidaan esitellä oikeista potilaskontakteista tehdyillä tallenteilla, ja näistä voidaan opiskelijoiden kanssa keskustella. Sama asia voidaan demonstroida simuloitussa potilaskontaktissa. Tällöin potilaana toimii yleensä ammattinäyttelijä tai toinen opettaja. Simulaatio on mahdollista aika ajoin keskeyttää ja pyytää opiskelijoilta ehdotuksia tilanteen eteenpäin viemiseksi. Myös ”potilas” voi kommentoida tilannetta. (3)

Kehittyminen vaatii, että opiskelijalla on mahdollisuus harjoitella itse. Tähänkin voidaan käyttää näyttelijöitä tai lääkäri-opettajia. He voivat esittää oikeita, ammatissa kohdattuja potilaita. Näin opiskelija voi harjoitella esimerkiksi potilaan haastattelemist ja anamneesin ottoa. Tilanteen olisi syytä olla mahdollisimman turvallinen ja vähän ahdistusta aiheuttava. (3)

Palaute on tärkeää. Sen olisi hyvä olla objektiivista, rakentavaa ja mieluiten onnistumisiin keskittyvää. Kriittiseen palautteeseen tulisi sisältyä ehdotus vaihtoehtoisesta toimintamallista. Mahdollinen torjuva suhtautuminen potilaaseen tulisi osoittaa, ja pohtia yhdessä mahdollisia syitä siihen miksi opiskelija toimii tällä tavalla. Tässä voidaan käyttää avuksi muiden opiskelijoiden vertaistukea ja heidän kokemuksiaan. Oppimisen kannalta olisi hyvä, että opiskelija joutuisi itse pohtimaan sitä mitä harjoituksesta oppi, mikä meni hyvin ja missä olisi kehitettävää.

Ryhmäkoon olisi hyvä olla edellä mainitun kaltaisissa harjoituksissa pieni, mielellään enintään 6 henkilöä. Olisi hyvä jos opettaja olisi itse osallistunut vastaavanlaiseen koulutukseen. Samoja taitoja olisi hyvä arvioida myöhemmässä vaiheessa, oikeiden potilaiden kohtaamisen yhteydessä. (3,6)

Myötätunto on osa vuorovaikutusta. Sen voi määritellä yksilön kykynä tunnistaa toisen yksilön tunteet tai kokemukset, ja reagoida niihin. Myötätunto voidaan jakaa kahteen osatekijään: tuntevaan ja tiedostavaan myötätuntoon. Tunteva myötätunto on jossain määrin ihmisen yksilöllinen ominaisuus ja tarkoittaa kykyä eläytyä toisen tunteisiin.

Tiedostava myötätunto on nimensä mukaisesti tiedostavampi tapahtuma, jossa tunnistetaan toisen yksilön tunteet ja reagoidaan niihin. Jälkimmäiseen kykyyn on mahdollista vaikuttaa kohdennetulla harjoittelulla. Kun puhutaan myötätunnosta lääkäri-potilassuhteessa, tarkoitetaan juuri tiedostavaa myötätuntoa. (17)

Tämän taidon harjoittelu on mahdollista aloittaa heti lääketieteen opintojen alussa, ilman että opiskelijoilla on vielä mitään varsinaista lääketieteellistä osaamista.

Opetuskeinoja ovat esimerkiksi: luento-opetus, seminaarit, nauhoitteet, potilaan rooliin asettuminen kertomusten kautta, teatterilliset harjoitteet ja roolipelit kuten potilaan esittäminen. Myös erilaiset opiskelijan omaan hyvinvointiin liittyvät harjoitteet, kuten tietoisuustaidot ja keskusteluryhmät, tukevat tiedostavan myötätunnon kehittymistä. (2,17)

Edellä mainitut roolipelit ja -leikit ovat varsin käytettyjä vuorovaikutustaitojen opetuksessa. Tällöin opiskelijat esimerkiksi vuorottelevat lääkärin ja potilaan rooleissa, opettajan ja mahdollisesti muiden opiskelijoiden seurattessa tilannetta. Yksi tekijä tämän opetusmuodon suosiolle on ollut edullisuus. Palkkakulut rajoittuvat opettajaan, opiskelijoiden itse huolehtiessa muista tehtävistä. Lisäksi tämä menetelmä parhaimmillaan lisää opiskelijoiden tiedostavaa myötätuntoa potilaan rooliin eläytymisen kautta. Osa opiskelijoista ei kuitenkaan pidä tästä menetelmästä. (18)

Oikeiden potilaiden käyttäminen vuorovaikutusopetuksessa sisältää enemmän haasteita. Potilasmateriaalia ei pysty kovin hyvin valikoimaan, ja etenkin alkuvaiheen opiskelijoilla voi olla vaikeuksia kohdata sairaita ihmisiä. Myös opettajien huomio keskittyy helposti potilaaseen eikä opiskelijaan. (18)

Varsin laajalti käytetty menetelmä on palkata ammattinäyttelijöitä potilassimulaatioihin. Tällöin näyttelijä perehtyy potilaan taustatietoihin, opettelee roolin ja käy läpi vastaanottotilanteen tai sen osia vuorovaikutuksessa opiskelijan kanssa. Näyttelijä voi antaa jälkikäteen opiskelijalle palautetta hänen vuorovaikutustaidoistaan. Opettaja pystyy keskittymään täysin opiskelijan suoritukseen, kun oikeaa lääketieteellistä arviota ei tarvitse samanaikaisesti tehdä. Lisäksi opiskelija pääsee kohtaamaan vieraan ihmisen ja sen mukanaan tuoman jännityksen turvallisessa ja hallittavissa olevassa ympäristössä. Tämän menetelmän yhtenä haittana ovat sen varsin suuret palkkakustannukset. Edullisempi versio on käyttää harrastajanäyttelijöitä tai vapaaehtoisia kansalaisia. (18)

Teatteriharjoitteita käytetään vuorovaikutuskoulutuksessa. Improvisaatioteatteri vaatii näyttelijöiltä kykyä nopeaan ajatteluun, tarkkaan kuunteluun ja läsnäoloon. Nämä ovat kaikki arvokkaita taitoja lääkärille. Näyttelijöille tarkoitettuja harjoitteita on sovellettu lääketieteen opiskelijoille käytettäväksi. Näiden harjoitteiden avulla opiskelijoille voidaan opettaa esimerkiksi ryhmässä toimimista, erilaisia sosiaalisia hierarkioita ja niiden kanssa toimimista sekä huomion suuntaamista. Harjoitusten itsessään ei tarvitse liittyä lääkarintyöhön tai klinisiin tilanteisiin; voi kuitenkin olla hyödyllistä sisällyttää harjoitustuokioihin aikaa pohdiskeluun, miten opittua voisi soveltaa potilaiden kanssa. Opettajana tällaisissa harjoituksissa on käytetty improvisaatioteatterin ammattilaisia, opiskelijoita ja lääkäreitä. (19)

Sanattoman vuorovaikutuksen opetus on jäänyt vähemmälle huomiolle osana vuorovaikutusopetusta. Mahdollinen syy tälle on sanattoman vuorovaikutuksen ”näkymätön” luonne. Lisäksi laajalti levinnyt Calgary-Cambridge Guide ainoastaan sivuaa sanatonta vuorovaikutusta. Fyysiset ja kehon kokonaisvaltaista käyttöä vaativat harjoitteet lisäävät opiskelijoiden tietoisuutta omasta kehostaan ja aisteistaan. Ne auttavat tekemään ”näkymätöntä” sanatonta vuorovaikutusta ”näkyväksi”. (14)

Teatteripohjaiset harjoitteet ovat hyödyksi sanattoman vuorovaikutuksen opettamisessa. Harjoitteita esitellään Taulukossa 7.

Taulukko 7.

Esimerkkejä teatteripohjaisista harjoitteista joilla lisätään sanattoman vuorovaikutuksen taitoja (14)

Esineen tai muodon tekeminen omalla keholla, jonka jälkeen toinen osallistuja tekee omalla kehollaan erilaisen muodon tai esineen joka täydentää tätä ensimmäistä muotoa.

-Kehittää tarkkailu- ja tulkintakykyä

Silmät peitettyinä liikkuminen, yksin ja parin kanssa.

-Kehittää läsnäoloa, kuuntelua, kosketusta

Ollaan ringissä, taputetaan vuoron perään rytmejä jotka muut toistavat.

-Kehittää yksilöiden välistä vuorovaikutusta ja yhteistyöhalukkuutta

”Kuvanveisto” toisen keholla

-Kehittää kosketusta, kykyä olla toisen lähellä, potilaaseen samaistumista

On viitteitä siitä, että hyvinkin lyhyellä opetusinterventiolla saadaan parannettua opiskelijoiden vuorovaikutustaitoja. Kahden tunnin mittaisella, eri lääketieteen erikoisalojen simuloituja potilaita sisältävällä koulutuksella on päästy hyviin tuloksiin, ainakin lyhytaikaisen seurannan perusteella. (5)

Lääkäriin tulee tarkkailla omaa ja potilaidensa vuorovaikutusta jokaisessa kohtaamisessaan. Näin hän voi itse pitää osaltaan huolta siitä, että opitut taidot eivät katoa vaan kehittyvät. Lääketieteen opiskelijoissa tulee herättää tämä sama tietoisuus jo perusopintojen aikana. Opiskelijoita tulee rohkaista tutustumaan vuorovaikutustaitojen tutkimukseen, ja auttaa heitä ymmärtämään miksi ja minkälainen vuorovaikutus on potilaiden hoidon kannalta merkityksellistä. Opiskelijoiden tulee ymmärtää se että ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa lääkäri-potilas vuorovaikutussuhteelle, vaan sitä pitää jatkuvasti päivittää potilaan ja tilanteen mukaan. (2)

Myös opiskelijan tunteita pitää kuulla ja tukea. Tulee tiedostaa, että sairaiden ihmisten kohtaaminen ja sairaalamaailmassa toimiminen voi olla raskasta. Keskustelutuki ja palaute ovat tärkeitä. (2)

4.4 Vuorovaikutustaitojen opetuksen haasteita

Vuorovaikutustaitojen tärkeyttä korostavaa tutkimusnäyttöä on runsaasti ja aihealueen opetusta annetaan. Lääkärit eivät kuitenkaan aina toimi potilaiden kanssa toivotulla tavalla. Vuorovaikutustaitojen on havaittu heikkenevän ajan kuluessa, ellei niihin panosteta, ja opitut taidot on jopa mahdollista unohtaa. Osassa maailman lääketieteellisiä tiedekuntia vuorovaikutustaitojen opetus keskittyy pelkästään prekliinisiin vuosiin, vaikka klinikkavaiheessa olisi mahdollista oppia kliinisessä työssä käytettäviä vuorovaikutustaitoja. On mahdollista, että ilman klinikkavaiheessa jatkuvaa vuorovaikutusopetusta opiskelijat eivät osaa ottaa preklinikassa oppimiaan taitoja osaksi kliinistä työskentelyään. Myös on esitetty pohdintaa siitä, tulisiko vuorovaikutustaitoja lainkaan opettaa ilman kytköstä kliiniseen taitoon, esimerkiksi anamneesin ottoon tai potilaan fyysiseen tutkimiseen. (2,15,20)

Seuraavaksi luetellaan lääketieteen perusopetuksen vuorovaikutuskoulutuksen ongelmia viitteen (2) *Communication training: Skills and beyond* mukaan:

- vuorovaikutustaitojen opetuksessa keskitytään usein yksittäisten taitojen opetteluun, kuten huonojen uutisten kertomiseen tai psykososiaalisten ongelmien käsittelyyn. Vaarana on, että vuorovaikutusopetuksesta puuttuu suunnitelmallisuus ja rakenne. Tällöin opetukselle on esimerkiksi varattu liian vähän aikaa, sitä ei ole integroitu opetussuunnitelmaan tai suunnitelmallinen harjoittelu on liian vähäistä.
- luentomuotoisessa opetuksessa kerrotaan opiskelijoille vuorovaikutuksen keskeiset elementit ja puhutaan vuorovaikutustaitojen merkityksestä, mutta se ei yksinään auta opiskelijoita ottamaan näitä taitoja käyttöön. Tarvitaan harjoittelua, jotta opiskelijat voivat sovittaa kuulemansa ja oppimansa omaan yksilölliseen toimintaansa.

- sairaalamaailmassa tapahtuva harjoittelu saattaa itse asiassa heikentää opiskelijoiden kasvamista hyvään lääkäri-potilas vuorovaikutukseen. Sairaalassa tapahtuva hoito on usein diagnoosilähtöistä, lääkärikeskeistä ja hoitotoimet akuutteja. Opiskelijaa harvoin rohkaistaan kuulemaan potilaan ajatuksia, mielipiteitä ja tunteita sairaalakierron aikana.
- vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuuden arviointi on haastavaa. Tämä osaltaan saattaa johtaa siihen että vuorovaikutuskoulutus muodostuu opetussuunnitelmassa ”säilytysastiaksi”, johon voidaan sijoittaa lähes mitä tahansa. Näin voidaan osoittaa ulospäin että vuorovaikutuskoulutus on sisällytetty osaksi perusopetusta; kuitenkin mitään varsinaista tietoa siitä, miten hyvin tarjottu koulutus vaikuttaa valmistuvien lääkärin vuorovaikutustaitoihin, ei välttämättä ole.
- vuorovaikutustilanteen osiin purkavien ohjeiden, kuten Calgary-Cambridge-oppaan, käyttöön sisältyy riski siitä että keskitytään vain taitojen suorittamiseen, ja varsinainen elävä vuorovaikutus potilaan kanssa ei kehity. Toisaalta, ilman vuorovaikutuksen perustaitojen hallitsemista vuorovaikutustilanne ei voi syntyä.
- potilaiden hoito on muuttunut, ja tulee todennäköisesti yhä enemmän muuttumaan, moniammatilliseksi. Perinteinen, intiimi lääkäri-potilassuhde korvautuu yhä useammin suurella ihmisjoukolla joka pohtii potilaan hoitoa. Etenkin lasten ja vanhusten kohdalla mukaan tulee usein lisäksi potilaan omaisia. Tämä lisää lääkärin vuorovaikutustaitojen osaamisvaatimuksiin ryhmätyöskentelyn hallitsemisen.

Taulukossa 8 esitellään esteitä vuorovaikutustaitojen oppimiselle ja
Taulukossa 9 keinoja vuorovaikutustaitojen opetuksen kehittämiseen.

Taulukko 8.

Esteitä vuorovaikutustaitojen oppimiselle (20)

Opiskelijoiden ja opettajien negatiivinen asenne vuorovaikutustaitojen opetusta kohtaan
Vuorovaikutustaitojen opetus ei ole suunnitelmallisesti järjestettyä
Kliinisten opettajien omat vuorovaikutus- ja opetustaidot ovat kehnot ja he toimivat näin ollen huonoina roolimalleina
Organisaatiosta johtuvat esteet, kuten: -ajanpuute -erikoisalojen keskinäinen kilpailu -vuorovaikutustaitojen käyttöön, opetukseen ja harjoitteluun ei ole rohkaistu

Taulukko 9.

Keinoja joilla vuorovaikutustaitojen opetusta voisi parantaa ja kehittää (20)

Asenneilmapiirin muuttaminen siten että: -vuorovaikutustaitojen käyttö, opetus ja harjoittelu nähdään tärkeinä -tälle annetaan tukea -tätä arvostetaan
Vuorovaikutustaitojen opetuksen tulee osallistaa kaikkia lääketieteen erikoisaloja
Vuorovaikutuskoulutuksen tulee: -olla säännöllistä -olla järjestelmällistä -olla mukautettavissa opiskelijan tarpeisiin

4.5 Opiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutusopetuksesta

Suomalaisaineistossa on havaintoja siitä että naispuoliset opiskelijat suhtautuivat vuorovaikutusopetukseen myönteisemmin. Opiskelijoiden asennoituminen vuorovaikutustaitojen opiskeluun kuitenkin muuttui hyväksyvämmäksi vuorovaikutusopetuksen myötä. Tämä oli sukupuolesta riippumatonta ja tapahtui varsin lyhyessä ajassa. Etenkin kokemukselliset harjoitteet havaittiin tässä suhteessa toimiviksi. (21)

Vuonna 2004 julkaistussa haastattelututkimuksessa kartoitettiin Ison-Britannian lääketieteen opiskelijoiden asenteita erilaisia vuorovaikutustaitojen opetusmenetelmiä kohtaan. Luentomuotoinen opiskelu jakoi opiskelijoiden mielipiteitä. Toisaalta sen katsottiin aktivoivan opiskelijoiden ajattelua vuorovaikutustaitoja kohtaan ja helpottavan oikeiden potilaiden kohtaamista. Vastavuoroisesti opetustapaa kritisoitiin ”epäakateemisesta” sisällöstä ja opiskelijoiden aktiivisen osallistumisen puutteesta. Seminaarimuotoinen opetus nähtiin hyödylliseksi tavaksi opetella ryhmässä toimimista ja väyläksi jakaa kokemuksia erilaisista potilaskontakteista. Opiskelijat suhtautuivat pääosin myönteisesti harjoituksiin jotka sisälsivät roolipelimäistä eläytymistä ja toimimista erilaisissa rooleissa. Näiden harjoitteiden videointi ja tarkastelu jälkikäteen koettiin hyödylliseksi. Näin opiskelijat kokivat tunnistavansa heikkouksiaan ja pystyvänsä kehittämään vuorovaikutustaitojaan. Opiskelijat arvostivat mahdollisuuksia päästä haastattelemaan oikeita potilaita, etenkin prekliinisessä vaiheessa. Osa opiskelijoista yllättyi siitä miten vaikeaa oikeiden potilaiden haastattelemineen oli. (22)

Hollantilaisopiskelijoiden kokemuksia tutkittiin vuonna 2012 julkaistussa tutkimuksessa. Kyseisessä lääketieteellisessä tiedekunnassa oli tarkoituksellisesti uudistettu vuorovaikutusopetusta vuonna 2005. Yliopiston tutkintorakenteeseen kuului 3 prekliinistä vuotta joita seurasi 3 kliinistä vuotta. Vuorovaikutusopinnot alkoivat juuri ennen preklinikan loppua ja jatkuivat koko klinikkavaiheen ajan. Opetus oli systemaattista ja integroitu osaksi muuta opetusta. Tämä ratkaisu perustui seuraaville kolmelle ajatukselle:

1. vuorovaikutustaitoja ei esitellä jonain erillisenä taitona, vaan osana lääketieteellistä osaamista.
2. kun opiskelija saa vuorovaikutuskoulutusta juuri ennen harjoittelujakson alkua, hän voi heti soveltaa ja harjoitella oppimaansa käytännössä.
3. vuorovaikutustaitoja vahvistetaan ja osaamista syvennetään läpi klinikkavaiheen.

Opiskelijat kokivat että tällainen vuorovaikutusopetuksen malli valmisti heitä hyvin harjoittelujaksoihin. Lähes kaikki opiskelijat olivat sitä mieltä, että vuorovaikutustaitojen integroiminen osaksi klinisten taitojen opettelua oli hyvä ratkaisu, joskin eriäviäkin mielipiteitä oli. Opiskelijat arvostivat mahdollisuutta saada palautetta omasta toiminnastaan. (15)

5 Tutkimuksen mahdolliset heikkoudet

Tämän tutkimuksen mahdollinen heikkous liittyy tutkimusaineiston muodostamiseen. Lääkäreihin, koulutukseen ja vuorovaikutukseen liittyviä artikkeleita on kirjoitettu valtava määrä. Tutkimusta varten suoritettua aineistohaun tuloksista arvioitiin alle 10% artikkeleista, syventävien opintojen tehtävänannon rajausten vuoksi. Arvioitujen artikkelien ja niissä esiintyvän temaattisen toiston perusteella kirjoittaja kuitenkin uskoo, että tutkimusaineiston muodostavat artikkelit kuvastavat hyvin tutkimuskenttää. Kirjoittaja luottaa PubMed -tietokannan algoritmin suorittamaan sadan osuvimman artikkelin valintaan. On kuitenkin aiheellista pohtia, onko aineistosta jätetty pois olennaisia artikkeleita jotka olisivat tuoneet tutkimusaiheeseen olennaista lisätietoa? On mahdollista, että valittujen hakutermien takia hakutuloksiin ei ole tullut mukaan artikkeleita joissa on käsitelty vuorovaikutustaitojen opetusta esimerkiksi jonkin kliinisen tapahtuman kautta. Tämä olisi mahdollisesti syytä ottaa huomioon jatkotutkimuksissa.

6 Pohdinta

Vuorovaikutustaidoista on tullut osa perustaitoja joita valmistuvien lääkärien oletetaan hallitsevan. Muutos asenteissa niitä kohtaan viimeisten vuosikymmenien aikana on ollut suuri. ”Kivoista lisätaidoista” on tullut ”täytyy osata -taitoja”. Tämä näkyy myös peruskoulutuksen järjestämisessä. Tärkeimmät havainnot siihen liittyen:

- erilaisia menetelmiä ja koulutusratkaisuja on kehitetty.
- vuorovaikutusta on purettu osa-alueisiin ja eri osa-alueiden koulutusta on viety eteenpäin.
- mikään yksittäinen opetusmenetelmä ei ole osoittautunut ylivoimaiseksi.
- ensiarvoisen tärkeää on tarkoin suunniteltu, järjestelmällinen ja monipuolinen koulutus joka alkaa lääketieteen opintojen alussa ja jatkuu valmistumiseen asti.
- opetuksen täytyy koskettaa kaikkia erikoisaloja, ja opitut taidot on tärkeää kyetä integroimaan osaksi oikeita kliinisiä potilaskontakteja.
- opintojen aikana opiskelijoiden edistymistä seurataan, heille annetaan palautetta ja heille tarjotaan mahdollisuuksia keskustella oppimastaan.
- myös opettajien taitoihin ja asenteisiin täytyy aktiivisesti vaikuttaa. Täytyy varmistaa, että he pitävät vuorovaikutustaitoja tärkeinä ja että heillä itsellään on riittävät taidot aiheesta.
- vuorovaikutuskoulutuksen eri menetelmien ja niiden tehon tutkiminen on tärkeää.
- tutkimuksesta saatavaa tietoa tulee aktiivisesti levittää, niin opiskelijoille kuin opettajillekin.

Tutkimusnäyttö osoittaa, että hyvät vuorovaikutustaidot omaavien lääkärien potilaat saavat parempaa hoitoa. Lisäksi nämä lääkärit voivat itsekin paremmin. Vuorovaikutustaitojen sanotaan olevan lääkärin ydinosasta. Tästä huolimatta, vuorovaikutustaidot ovat kuitenkin usein käytännössä jotain muuta kuin lääketieteen opetuksen ydinopetusta. Esimerkiksi käy sydänfilmin tulkinta. Varmasti jokainen

lääketieteellinen tiedekunta edellyttää, että valmistuva opiskelija tunnistaa sydäninfarktin EKG-nauhasta, onhan se lääkärin ydinosaamista.

Miten on mahdollista, että valmistuu lääkäreitä jotka eivät esittele itseään potilaalle, eivät osaa antaa ymmärrettäviä hoito-ohjeita, eivät uskalla osoittaa myötätuntoa potilaalle? Nämä asiathan ovat vuorovaikutuksen perustaitoja, niiden ei pitäisi olla vaikeita. Onko asenteissa kuitenkin edelleenkin petrattavaa?

On olemassa tiedekuntia, jotka ovat ottaneet asiakseen integroida vuorovaikutustaitojen opetuksen osaksi perusopetustaan, ensimmäisestä viimeiseen opintovuoteen. Tällöin opetus on jatkuvaa, suunnitelmallista ja sitä kehitetään. Sille on annettu resursseja, jopa muiden erikoisalojen kustannuksella. Näin ei kuitenkaan ole kaikkialla. Valitettavasti vuorovaikutuskoulutus nähdään usein ”säilytysastiana”, johon voidaan sijoittaa kaikki sellainen mikä täytyy tuleville lääkäreille opettaa, mutta mitä muut erikoisalot eivät ole halunneet vastuulleen ottaa. Vuorovaikutuksen opetusmenetelmiä ei ole välttämättä tarkistettu tällä vuosituhanalla.

Vuorovaikutustaitoihin sisältyy paljon henkilökohtaisuutta. Jos potilaat ja kollegat ovat sitä mieltä että lääkäriellä on huonot vuorovaikutustaidot, tarkoittaako se sitä että lääkäri on huono ihminen? Eikö näin ollen kyseisen lääkärin olisi itsetuntonsa kannalta parempi kieltäytyä uskomasta kritiikkiä ja jatkaa toimimistaan samoin kuin aina ennenkin? On vaikeaa nöyrytyä, kuunnella ja kasvaa ihmisenä. Tämän kirjoittaja on aiemmalta koulutukseltaan näyttelijä ja tietää miten näyttelijöiden itsetunto on ankkuroitu roolisuorituksiin. Koska näyttelijällä ei ole muuta työvälinettä kuin oma keho ja persoona, on arvostelua vaikeaa irrottaa niistä. Ohjaajan tai kriitikon moite saattaa pahimmillaan romahduttaa itsetunnon päiviksi tai viikoiksi. Lääkärit ovat pitkään olleet tällaiselta turvassa. Kokenut lääkäri on voinut käyttäytyä potilaiden kanssa melko vapaasti ja omien sääntöjensä mukaan, niin kauan kuin hoitotuloksissa ei ole ollut moitittavaa. Tämä on koskenut myös toimimista etenkin hierarkiassa alempana olevien kollegoiden kanssa. Yhteiskunta on kuitenkin muuttunut ja vaatimukset lääkärin käytöstä kohtaan ovat tiukentuneet. Enää ei katsota samoja asioita läpi sormien kuin

aiemmin. Tämä osaltaan lisää paineita lääkärin harteille. Toisaalta, tutkimusnäytön mukaan hyvät vuorovaikutustaidot parantavat lääkärin työssäjaksamista ja hyvinvointia.

Aika näyttää miten käy sanattomien vuorovaikutustaitojen opetukselle. Seuraako se samaa polkua kuin yleinen vuorovaikutustaitojen opetus? Ylimääräisestä lisätaidosta tulee ydinosaamista?

Vuorovaikutustaitojen koulutuksessa noudatetaan tämän tutkimuksen perusteella varsin samanlaisia suuntaviivoja eri tiedekunnissa. Opetusmetodeja kopioidaan enemmän kuin kehitetään itse. Kuitenkin opetustapaa tärkeämpi on mahdollisimman monipuolinen opetus. Erilaisten, uusien opetusmenetelmien kehittäminen ja tutkiminen tulevaisuudessa olisi tärkeää.

Tämä tutkimus käsittelee vuorovaikutuskoulutusta osana lääkärin peruskoulutusta. Seuraavia kysymyksiä ei kuitenkaan voi sivuttaa:

- onko lääkärin vuorovaikutuskoulutusta mahdollista rajata perusopetuksen aikaiseen ja valmistumisen jälkeiseen koulutukseen?
- tulisiko vuorovaikutuskoulutuksen suunnitelmallisuuden ulottua lääketieteellisen tiedekunnan ensimmäisestä lukukaudesta eläköitymiseen asti?

Tämän aiheen jatkotutkimus voisi olla perusteltua.

Vaikka tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ollut arvioida erilaisten vuorovaikutustaitojen opetukseen käytettyjen menetelmien toimivuutta, on tarpeen pohtia aihetta hieman. Ilman tietoa menetelmien tehosta on vaikeaa perustella menetelmien tarpeellisuutta. Vuorovaikutustaitojen objektiivinen arviointi on haastavaa. Laboratorio- tai kuvantamistutkimusta, joka kertoisi henkilön tarkan vuorovaikutustaitojen arvon verrattuna yleisiin viitearvoihin, ei ole. Erilaisia taulukoita, tarkistuslistoja ja vastaavia on kehitetty. Rakenteelliset näyttökokeet, kuten laajalti käytössä oleva OSCE (Objective Structured Clinical Examination), antavat jonkinlaista viitettä opiskelijoiden vuorovaikutustaidoista. Kuitenkin näissä arviointitavoissa on

suuri mahdollisuus subjektiiviseen vinoumaan, johtuen tarkistuslistan laatijan tai näyttökokeen arvioitsijan asenteista ja arvomaailmasta. Yksi mahdollinen vuorovaikutustaitojen arviointitapa on kysyä potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä heitä hoitaneista lääkäreistä tai arvioida hoitotuloksia. Vuorovaikutusopetuksessa käytettyjen menetelmien vaikuttavuutta on tutkittu, mutta jatkotutkimukselle voisi kirjoittajan mielestä olla tarvetta.

Lähdeluettelo

- (1) Irwin W.G., McClelland R., Love A.H.G., Communication skills training for medical students: an integrated approach. *Medical Education* 1989; 23: 387-394

- (2) Deveugele M., Communication training: Skills and beyond. *Patient Education and Counseling* 2015; 98: 1287–1291

- (3) Maguire P., Pitceathly C., Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700

- (4) Ramirez A. J., Graham J., Richards M. A., ym., Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction of work. *Lancet* 1996; 347: 724-728

- (5) Bachmann C., Barzel A., Roschlaub S., ym. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Education and Counseling* 2013; 93: 298–305

- (6) Engerer C., Berberat P. O., Dinkel A., ym. Specific feedback makes medical students better communicators. *BMC Medical Education* 2019; 19: 51; doi.org/10.1186/s12909-019-1470-9

- (7) Hausberg M. C., Hergeert A., Kröger C., ym., Enhancing medical students' communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program. *BMC Medical Education* 2012; 12:16; doi:10.1186/1472-6920-12-16

- (8) Fiorini N., Canese K., Starchenko G., ym., Best Match: New Relevance search for PubMed. *PLOS Biology* 2018: <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2005343>

- (9) Knox J.D.E., Alexander D.W., Morrison A.T., ym., Communication skills and undergraduate medical education. *Medical Education* 1979; 13: 345-348.
- (10) Brown J., How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Medical Education* 2008; 42: 271-278
- (11) General Medical Council. *Tomorrows Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: GMC 2003.
- (12) von Fragstein M., Silverman J., Cushing A., ym., UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education* 2008; 42: 1100-1107
- (13) Noble L.M., Scott-Smith W., O'Neill B., ym. Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education. *Patient Education and Counseling* 2018; 101: 1712-1719
- (14) Kelly M., Nixon L., Broadfoot K., ym., Drama to promote non-verbal communication skills. *The Clinical Teacher* 2019; 16: 108–113
- (15) van Weel-Baumgarten E., Bolhuis S., Rosenbaum M., ym., Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students?. *Patient Education and Counseling* 2013; 90: 177–183
- (16) Kurtz S. M., Silverman J. D., Draper J., CALGARY - CAMBRIDGE GUIDE TO THE MEDICAL INTERVIEW – COMMUNICATION PROCESS

(17) Plotkin J. B., Shochet R., Beyond words: What can help first year medical students practice effective empathic communication?. *Patient Education and Counseling* 2018; 101: 2005–2010

(18) Taylor S., Bobba S., Roome S., ym., Simulated Patient and Role Play Methodologies for Communication Skills Training in an Undergraduate Medical Program: Randomized, Crossover Trial. *Educ Health* 2018; 31: 10-16

(19) Hoffman A., Utley B., Ciccarone D., Improving medical student communication skills through improvisational theatre. *Med Educ* 2008; 42 (5): 537-538

(20) Perron N. J., Sommer J., Louis-Simonet M., ym. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Medical Weekly* 2015; 145: doi:10.4414/smww.2015.14064

(21) Koponen J., Pyörälä E., Isotalus P., Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills. *Medical Teacher* 2012; 34: e198-e207

(22) Rees C., Sheard C., McPherson A., Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Education and Counseling* 2004; 54: 119–121